

Análisis de la relación de diversos factores de empleabilidad con la inclusión laboral de personas con trastorno mental

Trabajo de Fin de Máster

Jennifer Pérez Ordóñez

Tutora: Macarena López Fernández

Máster en Dirección de los Recursos Humanos
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Curso 2020-21



Me gustaría dar mi agradecimiento a todas las personas que me han ayudado a conseguir la elaboración de este proyecto.

Empezando por mi tutora Macarena López, que ha sido una guía y un gran apoyo durante todo el proceso, y mi tutora profesional Irene López que me ha brindado esta gran oportunidad, enseñándome valores muy importantes, confiando en mí como profesional y brindándome su comprensión y su cariño en todo momento.

A aquellas personas que han participado en la investigación, por prestarme su valioso tiempo y por su amabilidad.

Y, por último, pero no menos especial a mi familia, sobre todo a mi madre que siempre será mi fuente de inspiración y mi modelo a seguir en la vida.

Por todo ello y más, gracias.

ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción	6
2. Marco teórico	7
2.1. Salud mental	7
2.2. Empleo y Trastorno Mental (TM)	11
2.3. Factores de empleabilidad	13
2.4. Servicios de inserción laboral para personas con TM	18
2.4.1. Programas de apoyo o políticas de empleo	19
2.4.2. Empleo Protegido y Empleo con Apoyo	20
3. Método	21
3.1. Asociación EQUA.....	21
3.2. Programa Incorpora	22
3.3. Participantes	22
3.4. Instrumentos	23
3.5. Procedimiento.....	25
4. Resultados.....	25
5. Discusión	34
6. Conclusiones	38
7. Referencias.....	39
8. Anexos	44

Resumen

En la actualidad, las personas con problemas de salud mental aún se encuentran con barreras para acceder al mercado laboral, ya que en este ámbito todavía se hace latente la discriminación y el estigma hacia este colectivo. Sin embargo, la inclusión social aporta numerosos beneficios tanto a la sociedad como a las empresas. Por ello, resulta relevante conocer que factores internos influyen en la inserción y mantenimiento de un puesto de trabajo, de esta forma la atención sociolaboral hacia las personas con TM puede ser más especializada y personalizada. En el presente trabajo, se lleva a cabo un análisis de 16 factores internos de empleabilidad para realizar una escala de empleabilidad y comprobar si influyen en el éxito de la inserción laboral de personas con problemas de salud mental. La población destinataria son personas que acuden a la Asociación para la Mediación Social EQUA para el apoyo en la búsqueda de empleo y la intervención se realiza a través de varios instrumentos de evaluación. Los resultados obtenidos aportan que los participantes se encuentran en un nivel de empleabilidad medio y alto, en este último nivel solo se sitúan mujeres. Sin embargo, solo un participante trabaja actualmente. Y con respecto a los factores analizados, las puntuaciones más altas se recogen en Motivación, Apoyo de los profesionales y Compromiso con los acuerdos. A diferencia, las puntuaciones más bajas que se concentran en Autoestima, Gestión emocional e Inclusión en el entorno.

Mediante este análisis se puede proponer acciones de mejora para los factores internos con una puntuación más baja y así aumentar las competencias personales que permitan la inserción laboral.

Palabras clave: Empleabilidad, Inserción laboral, Programa Incorpora, Salud mental, Trastorno Mental.

Abstract

At present, people with mental health problems still face barriers to access the labor market, since in this area discrimination and stigma towards this group are still latent. However, social inclusion brings many benefits to both society and companies. Therefore, it is relevant to know that internal factors influence the insertion and maintenance of a job, in this way the socio-occupational care for people with mental disorders can be more specialized and personalized. In the present work, an analysis of 16 internal employability factors is carried out to perform an employability scale and check if they influence the success of the labor insertion of people with mental health problems. The target population are people who come to the Association for Social Mediation EQUA for support in the search for employment and the intervention is carried out through various evaluation instruments.

The results obtained show that the participants are at a medium and high level of employability, in the latter level only women are located. However, only one participant is currently working. And with respect to the factors analyzed, the highest scores are collected in Motivation, Support from professionals and Commitment to agreements. In contrast, the lowest scores are concentrated in Self-Esteem, Emotional Management and Inclusion in the environment.

Through this analysis, it is possible to propose improvement actions for the internal factors with a lower score and thus increase the personal competencies that allow labor insertion.

Keywords: Employability, Job placement, Incorpora Program, Mental health, Mental disorder.

1. Introducción

En la actualidad, aproximadamente, mil millones de personas tienen un Trastorno Mental (TM). La enfermedad mental influye en todos los aspectos de la vida de la persona, incluso en la esperanza de vida, ya que una persona con trastorno mental grave suele morir de 10 a 20 años antes que la población general. De hecho, se suicida 1 persona cada 40 segundos (OMS, 2020).

La pandemia ha supuesto un gran deterioro de la salud mental de la población, debido a la incertidumbre que se ha vivido. El empeoramiento de la situación económica, el aumento de la tasa de paro, las restricciones de movilidad, y el aislamiento social junto con las medidas de distanciamiento (COPAO, 2021) ha desencadenado en que la Organización Mundial de la Salud prevea que, en el 2030, la salud mental sea el principal problema de la salud pública, según la Confederación de Salud Mental España (CSME, 2020).

Sin embargo, la cobertura sanitaria en salud mental en España es escasa, y pese a la universalidad de enfermedades mentales que existen, la diferencia entre la oferta y la demanda de este tipo de servicios hace que, pocas personas tengan acceso a un servicio de salud mental gratuito y de calidad (OMS, 2020).

En lo que al mercado laboral se refiere, por desgracia, los estigmas y la discriminación siguen existiendo con respecto a las personas que tienen un trastorno mental. Lehtinen (1984) ya lo establecía y la OMS (2001) lo corrobora: existe una relación circular entre la salud mental y el desempleo. El desempleo agrava la problemática de la salud mental y la salud mental interviene directamente en el desempleo. Este hecho, no debería sucederse. El acceso a un puesto de trabajo es un derecho fundamental; sin embargo, no todas las personas tienen las mismas oportunidades, existiendo barreras tanto sociales como personales que impiden la inserción de personas con trastornos mentales en el mundo laboral. Una situación que Hilarion y Koatz (2012) subrayan, genera malestar, vulnerabilidad y exclusión social.

Según Subirats et. al (2004) su inclusión en el mercado laboral favorecería la diversidad y el intercambio de valores en la sociedad. La inclusión promueve la socialización, especialmente, entre las personas que tienen dificultades para encontrar y mantener un empleo (Grove y Membrey, 2005), y genera grandes beneficios en la salud mental, ya que un entorno laboral positivo puede considerarse un factor de protección. Además, la promoción de la salud mental en el trabajo y el apoyo a personas con TM conlleva la reducción del absentismo laboral, buen clima de trabajo, aumento de la productividad y beneficios económicos (OMS, 2020). Sin

embargo, el desempleo, sobre todo si es de larga duración, puede ser un factor de riesgo perjudicial para la salud mental.

El artículo 27 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad promueve los derechos de las personas con TM de trabajar en igualdad de condiciones sin sufrir discriminación y su derecho de recibir apoyo en su empleo. Por lo tanto, podría decirse que las organizaciones tienen la obligación de prestar apoyo a las personas con TM. Por ejemplo, a través de la flexibilidad horaria, dada la necesidad de realizar toma de ciertos medicamentos; la lucha contra los estigmas y dinámicas negativas en la empresa; y la adaptación a sus circunstancias de las tareas asignadas. Las personas con enfermedad mental deben contar con un apoyo y los empresarios deben poner a su disposición los recursos necesarios para que puedan llevar a cabo las actividades de su puesto de trabajo (OMS, 2020).

El objetivo de este estudio es **analizar cómo influyen ciertos factores de empleabilidad en el éxito de la inserción laboral de personas con problemas de salud mental**. Como se ha mencionado con anterioridad, la justificación reside en el hecho de que el empleo actúa como un factor de protección en las personas con enfermedad mental, por ello, es importante conocer cuáles son los factores de empleabilidad que favorecen a la inserción y mantenimiento del empleo. De esta forma, se podría realizar una intervención junto con la persona mucho más adaptada y personalizada.

Para su desarrollo, se realizará en primer lugar, una breve revisión de la literatura sobre el empleo y el trastorno mental. Posteriormente, se presentará la muestra objeto de estudio y las variables de análisis. En concreto, el presente trabajo será realizado en una muestra de personas con TM, atendidos en la Asociación EQUA. Seguidamente, se mostrarán los principales resultados alcanzados, para finalizar con las principales conclusiones del estudio.

2. Marco teórico

2.1. Salud mental

La definición de Salud Mental puede parecer sencilla, ya que se utiliza con frecuencia y en diferentes ámbitos de la sociedad, sin embargo, es un concepto bastante complejo y polivalente (Jarillo y Guinsberg, 2007). Además, no hay una única definición global de salud mental, sino que se basa en una definición colectiva a través de diferentes perspectivas y

enfoques (Macaya et al., 2018), como el enfoque biomédico, el enfoque conductual, el enfoque cognitivo o el enfoque socioeconómico (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Por un lado, el *modelo biomédico* define la Salud Mental como la ausencia de enfermedad mental, basándose en los manuales de diagnóstico “Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) y “Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y consideran que los procesos mentales son procesos puramente biológicos (Restrepo y Jaramillo, 2012).

La *concepción conductual* basa su definición en un conjunto de aprendizajes y sustituciones de comportamientos desadaptativos por otros más saludables mediante técnicas conductuales (Oblitas, 2006). En cuanto a la *concepción cognitivista*, la salud mental implica que la persona sepa adaptarse a las condiciones tanto internas como externas, lo que supone cambiar los pensamientos disfuncionales y aprender a pensar de una forma más adaptativa, lo cual tiene también un efecto en el comportamiento (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Por último, la *perspectiva socioeconómica* incluye el estilo de vida y las condiciones de vida de la persona, con lo cual, la salud mental no solo depende de la persona sino también de las posibilidades que tenga de poder mantener una vida sana. Por tanto, se concibe la salud mental en términos de derecho y desarrollo humano (Restrepo y Jaramillo, 2012).

Una revisión sistemática llevada a cabo por Muñoz et al. (2016) concluye que el 43% de los estudios revisados parten de la idea de que la salud mental es la ausencia de enfermedad, por consiguiente, los recursos personales y sociales que tiene la persona lo protegen de padecer algún problema de salud mental. Esta definición es insuficiente para conseguir unas políticas de salud mental que dejen de centrarse en la enfermedad y fomenten la promoción de la salud (Muñoz et al., 2016).

La Organización Mundial de la Salud (2004) define la salud mental como un **estado de completo bienestar emocional, psicológico, físico y social** en el cual el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar el estrés, sabe cómo mantener relaciones sociales, y puede contribuir a la sociedad, es decir, es una definición ajena a la ausencia de problemas de salud mental, donde interactúan diversos factores (biológicos, políticos, económicos, sociales, culturales, etc.).

En cambio, se debe tener en cuenta que no es lo mismo salud mental que enfermedad mental. La enfermedad mental es una **alteración de tipo emocional, psicológico y social** que

puede afectar a muchos ámbitos de la vida de la persona, además, dificulta su adaptación en el entorno cultural y social, y puede ser transitoria o de larga duración (Hilarión y Koatz, 2012).

Los problemas de salud mental tienen una alta prevalencia en la población española, presentando un gran impacto en el ámbito individual, familiar, social e incluso económico (SEP, 2017). Según la OMS (2001), el 9% de la población española sufre algún problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento de su vida, es decir, que una de cada cuatro personas tiene o tendrá un problema de salud mental. Entre ellos, cabe destacar que solo la depresión supone un coste en Europa de 92.000 millones de euros al año (SEP, 2017).

Según datos ofrecidos por la Confederación de Salud Mental (2020), en España se observa un agravamiento de la salud mental de la población, la cual ha sido afectada notablemente por la actual crisis económica y sanitaria. La inestabilidad laboral y la percepción desesperanzadora del futuro ha influido de manera significativa en el aumento de la depresión y la ansiedad en la población joven, con lo cual se añade una barrera más para acceder al mercado laboral.

Esta situación no sólo se presenta en edades de personas activas laboralmente, en España, un 30% de los jóvenes de 15 a 19 años han sufrido algún problema de salud mental, aunque solo la mitad solicitó atención sanitaria (COP, 2018). La principal justificación reside en el hecho de que la atención psicológica sigue estando infravalorada y aun, se conserva el estigma, la marginalidad y la discriminación que sufren las personas diagnosticadas de un trastorno mental (SEP, 2017).

De manera más específica (ver Tabla 1), datos de la Confederación de Salud Mental España (2020) indican que más de un millón de personas tienen un trastorno mental grave (Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, 2011), o que el 82% de las personas con problemas de salud mental no tienen empleo (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017).

Tabla 1.

La salud mental en cifras

EL 6,7%	EL 88%
de la población de España está afectada por la ansiedad, exactamente la misma cifra de personas con depresión. En	de las labores de atención y apoyo las realizan personas cuidadoras informales (familia, amigos/as, etc.).

ambas es más del doble en mujeres
(9,2%) que en hombres (4%)

ENTRE EL 2,5% Y EL 3%	MÁS DE LA MITAD
de la población adulta tiene un trastorno mental grave. Esto supone más de un millón de personas.	de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben, y un porcentaje significativo no recibe el adecuado.
2 MILLONES	ENTRE EL 11% Y EL 27%
de jóvenes de 15 a 29 años (30%) han sufrido síntomas de trastorno mental en el último año.	de los problemas de salud mental en España se pueden atribuir a las condiciones de trabajo.
EL 9%	8 DE CADA 19
de la población tiene algún tipo de problema de salud mental y el 25% lo tendrá en algún momento a lo largo de su vida.	personas con problemas de salud mental no tienen empleo (82%).
<i>Fuente: Confederación de Salud Mental España (2020)</i>	

De aquellas personas que solicitan atención médica, la Confederación de Salud Mental España, (2020) establece que las personas con problemas de salud mental forman parte de uno de los grupos más perjudicados por los escasos recursos del estado actual de bienestar y del sistema sanitario español. De acuerdo a López y Seco (2005) la exclusión no es un proceso mecánico, sino que requiere una racionalidad, por ello, existe todo un sistema de estereotipos y prejuicios que conciben la marginación como algo natural e inevitable. La persona marginada está siendo discriminada, ya que se le impide acceder a las mismas oportunidades que cualquier persona o se le obliga a participar en condiciones desventajosas. Además, está segregada, debido a que la separan de diversos grupos o espacios y también está estigmatizada ya que se le considera diferente al resto y ocupa un lugar subalterno en la sociedad.

Según Fábregas et al. (2018) las personas con problemas de la salud mental tropiezan con barreras invisibles como el estigma, y en algunas ocasiones carecen de oportunidades para demostrar sus talentos y capacidades.

En el presente estudio, se pretende analizar cómo influyen ciertos factores de empleabilidad en el éxito de la inserción laboral de personas con problemas de salud mental. Por ello, resulta necesario no solo hablar de salud mental, sino de comprender la relación que tienen empleo y salud mental o descubrir los beneficios que le aporta a una persona con trastorno mental el pertenecer al mercado laboral.

2.2. Empleo y Trastorno Mental (TM)

El empleo es un componente esencial de la vida humana (Artazcoz y Cortés, 2008) y una fuente de identidad para cualquier persona, ya que ofrece sentimientos de utilidad, crecimiento personal y profesional, desarrollo de competencias, relaciones sociales, y además permite satisfacer las necesidades económicas y psicosociales (satisfacción personal, autoconocimiento, tolerancia al estrés, etc.) (CSME, 2020). Para una persona con TM, el empleo también supone una función terapéutica cambiando el rol de “persona enferma” por el rol de “persona trabajadora”, permite establecer una rutina organizando la vida cotidiana y garantiza un papel social activo que conlleva a una valoración social y una mejora de la autoestima (López, 2010).

Por otro lado, en las sociedades modernas, la inclusión en el mercado de trabajo facilita y posibilita nuestra existencia en la sociedad y conlleva a una visibilidad estadística y social. Por ejemplo, las mujeres obtuvieron visibilidad cuando se vincularon al mercado de trabajo, y las personas mayores o ancianos pierden esa visibilidad al abandonar el grupo de población activa. En definitiva, el empleo se ha determinado como el factor de construcción de la identidad social (López y Seco, 2005). Esta premisa se debe tener en cuenta al hablar de las personas con TM, ya que al no tener visibilidad en el mundo laboral es un colectivo que está excluido, estigmatizado y segregado.

Actualmente, los problemas de salud mental se están convirtiendo en una de las causas crecientes de absentismo laboral y de la concesión de pensiones por incapacidad en Europa (Järvisalo et al., 2005), y aproximadamente el 80% de las personas con TM están en situación de desempleo (INE, 2020). En 2019, el movimiento asociativo Salud Mental España, atendió un total de 120 demandas registradas por el Servicio de Asesoría Jurídica de la Confederación Salud Mental España, de las cuales el 64% fueron realizadas por mujeres y el 36% por hombres.

Por consiguiente, la tasa de desempleo de las personas con trastorno mental es la más alta frente a la tasa de otros tipos de discapacidad, pese a que con el debido tratamiento

multidisciplinar una persona con TM puede adaptarse de forma adecuada a la sociedad, y, por lo tanto, conseguir y mantener un empleo como una persona sin TM. Sin embargo, la atención psicológica financiada que recibe es insuficiente, existiendo escasos recursos y medidas que permitan el acceso a un empleo o el mantenimiento del mismo. Esto, según El Instituto Nacional de Estadística produce situaciones de exclusión e implica una vulneración de los derechos, empeorando además la salud mental de las personas con TM. Asimismo, uno de cada cinco trabajadores puede experimentar un trastorno de salud mental.

Mateos y Mateos (2019) llevaron a cabo una revisión bibliográfica que permitía ofrecer una visión global de las relaciones que existen entre salud mental y salud laboral. En concreto, construyeron un análisis DAFO (ver Tabla 2), a partir del cual se podía concluir que los apoyos de los diferentes profesionales van a jugar un papel fundamental en la inserción y mantenimiento del empleo en personas con TM, y que las empresas son un lugar idóneo para promover la inclusión de personas con TM en el mundo laboral.

Tabla 2.

Relación entre la salud mental y la salud laboral

Análisis interno	Análisis externo
DEBILIDADES	AMENAZAS
Algunos TM pueden suponer incapacidad para determinadas tareas.	El TM es un elemento de discriminación en el acceso al trabajo.
Las exigencias del trabajo pueden descompensar a trabajadores con TM.	Las personas con TM tienden a ocultarlo en el trabajo.
En el entorno laboral, pueden existir factores de riesgo psicosocial adversos.	No existen mecanismos fluidos de cooperación entre los profesionales de la salud mental y los de la salud laboral.
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
El trabajo favorece el desarrollo personal, la integración social y contribuye a una buena salud mental.	En muchos países la legislación promueve y garantiza la integración laboral de las personas con TM siempre que sea posible.

Pueden realizarse adaptaciones del puesto de trabajo si son necesarias, según las limitaciones funcionales.	El entorno laboral puede ser un buen escenario para implementar medidas de promoción de la salud mental y de colaboración con los profesionales de esta.
Los factores de riesgo psicosocial pueden ser evaluados y controlados.	
<i>Fuente: Mateos y Mateos (2019)</i>	

Cabe hacer constar que la relación también puede verse en sentido inverso. Los problemas de salud mental no sólo generan la pérdida de empleos, por otro lado, se debe tener en cuenta que la pérdida de empleo puede conllevar a problemas de salud mental (Artazcoz y Cortés, 2008). Son numerosos los estudios que han demostrado esta relación. La pérdida de empleo supone la pérdida de estabilidad económica, de identidad social, de la rutina diaria, de actividad física y mental, de las relaciones sociales, etc. (Artazcoz y Cortés 2008). Por lo tanto, si una persona con TM pierde su empleo se podrían agravar sus problemas de salud mental y perder parte de las mejoras conseguidas con el proceso terapéutico llevado a cabo.

Asimismo, es interesante destacar que la relación entre los factores mencionados anteriormente y la salud mental no es lineal, sino que el contexto social determinado por el sexo, los roles y el estatus económico media los efectos del desempleo (Artazcoz y Cortés, 2008).

Por estos motivos, La CSME pone de manifiesto que resulta importante luchar contra el estigma asociado a la enfermedad mental tanto en la sociedad como en las empresas. Además, sería beneficioso que las empresas creen culturas basadas en la igualdad, donde el buen clima laboral permita que las personas tengan confianza para hablar con libertad de la salud mental. Igualmente, unas políticas de diversidad evitarían el estigma, la marginación y el aislamiento de personas con TM, generando sinergias de apoyo y comprensión.

2.3. Factores de empleabilidad

La RAE define la empleabilidad como “*un conjunto de aptitudes y actitudes que permiten a la persona conseguir y encontrar un empleo*”, es decir, un conjunto de competencias, conocimientos y habilidades que una persona posee y que le permite acceder a un puesto de trabajo, satisfaciendo sus necesidades (Lantarón, 2016). Sin embargo, el término

de empleabilidad tiene múltiples sentidos y uso y no debe tenerse en cuenta exclusivamente una sola perspectiva (Serrano, 2000).

Según Linares et al. (2012) la empleabilidad se estructura en tres ejes, factores individuales, factores externos y circunstancias personales.

- Factores individuales: hacen referencia a características, competencias, conocimientos, experiencia, habilidades, atributos y salud de la persona.
- Factores externos: incluye el mercado laboral, las políticas de empleo, la economía a gran escala, las ofertas de empleo, etc.
- Circunstancias personales: todo lo relacionado con la situación que vive la persona en ese momento, responsabilidades familiares, apoyo social, transporte y vivienda, entre otras.

La Guía de Integración laboral de personas con Trastorno Mental de la Obra Social la Caixa (Hilarión y Koatz, 2012) expone que existen diversos factores tanto individuales como del entorno que influyen en el éxito de la inserción laboral. Además, la interacción de estos factores entre sí está relacionada con situaciones de riesgo de exclusión social. Por otro lado, cabe mencionar que existen ciertas variables vinculadas a la vulnerabilidad social como el género, la edad, la etnia y la salud.

Género: Una de las consecuencias negativas sobre el mantenimiento de estereotipos y roles de género ha sido la desigual participación en el mercado laboral de hombres y mujeres, con lo cual las mujeres todavía se encuentran más dificultades en el acceso, la permanencia y las condiciones de trabajo, con respecto a los hombres. También, tienen una tasa más baja de empleo debido a el desarrollo de las tareas domésticas y los cuidados, existe una discriminación, una segregación vertical y horizontal y además, se enfrentan a las desigualdades retributivas y al acoso sexual en el ámbito laboral (Artazcoz et. al, 2005).

Diversidad cultural: Este factor puede generar barreras en la inclusión social, ya que cada cultura tiene unos comportamientos, unas normas de relación social y unas actitudes diferentes. Por ejemplo, la vestimenta o las costumbres alimentarias pueden ser motivo de exclusión en algunas empresas (Hilarión y Koatz, 2012).

Edad: La edad es un factor muy relevante en la entrada y la participación en el mercado laboral. Las personas jóvenes, sobre todo mujeres, y los mayores de 45 años son los que tienen unas tasas de desempleo más altas. Sin embargo, a medida que las mujeres van teniendo una edad

más avanzada, dejan de ser demandantes de empleo para dedicarse tareas domésticas y de cuidado, y son los hombres mayores de 45 los que sufren en mayor medida desempleo desprotegido (Subirats et al., 2004). Este tipo de desempleo causa un impacto negativo en la salud mental (Artazcoz et al., 2005).

Salud: Ciertas enfermedades de salud limitan la autonomía de la persona, lo cual puede llevar a exclusión social (Subirats et al., 2004). Por tanto, como se ha mencionado con anterioridad existe una relación circular entre salud mental y el desempleo (Lehtinen, 1984).

Por otro lado, la Guía Acompañamiento a la inserción laboral con perspectiva de salud mental de la Obra Social la Caixa (Barrios et al., 2012), realizada con el apoyo de la Fundación Avedis Donabedian y con la colaboración de personas expertas en salud mental y entidades “Incorpora”, expone 16 factores individuales agrupados en cuatro dimensiones (ver Tabla 3), los cuales van a ser objeto de estudio en el presente documento. A continuación, se detallan los indicadores individuales de empleabilidad de las personas con problemas de salud mental.

Tabla 3.

Factores personales que influyen en la inserción laboral de personas con TM

DIMENSIÓN	FACTORES	DENOMINACIÓN
SALUD	Manejo de la salud mental	Factor 1
	Estabilidad en el problema de salud mental	Factor 2
	Autoestima	Factor 3
TRABAJO	Motivación hacia el trabajo	Factor 4
	Disposición al aprendizaje	Factor 5
	Situación laboral previa	Factor 6
	Expectativas ajustadas y objetivos claros	Factor 7
APOYOS	Apoyo de la red de profesionales	Factor 8
	Apoyo familiar y social	Factor 9
	Inclusión en el entorno	Factor 10
COMPETENCIAS	Gestión de las emociones	Factor 11
	Compromiso con los acuerdos	Factor 12
	Hábitos y rutinas	Factor 13
	Autonomía	Factor 14
	Atención y memoria	Factor 15
	Comunicación	Factor 16

Manejo de la salud mental: Capacidad de la persona con TM de manejar todos los aspectos relacionados con su salud mental, es decir, mantenimiento de rutinas, toma de medicación, compromiso con el tratamiento psicológico, etc. La persona que maneja su salud mental es consciente de que padece ciertos problemas, conoce las conductas que favorecen su salud mental y las que perjudican su estabilidad. Además, acepta y confronta los obstáculos que se le presentan debido al TM (Barrios et al., 2012).

Estabilidad en el problema de salud mental: Gracias al manejo de la salud mental, a la adherencia a la medicación y al tratamiento, y el reconocimiento y gestión de los síntomas el TM puede estabilizarse, por lo tanto, la situación emocional, cognitiva y conductual de la persona le permite llevar una vida adaptativa y funcional (Barrios et al., 2012).

Autoestima: La autoestima es la valoración que tiene una persona de sí misma, está relacionada con los sentimientos, las emociones, las experiencias, las actitudes, las conductas y los pensamientos que experimenta la persona a lo largo de su vida (Mejías et al., 2011). También hace referencia a las percepciones positivas y el autoconcepto (Panesso y Arango, 2017).

Motivación hacia el trabajo: La motivación es un estado interno que dirige el comportamiento (Rivas y Perero, 2018). Así pues, la motivación laboral es un conjunto de factores que median la conducta de una persona en el ámbito laboral y puede basarse en el desarrollo profesional, en la consecución de determinadas condiciones laborales o en otras necesidades que persiga la persona. Además, es un factor relevante que influye en el itinerario de inserción laboral (Hilarión y Koatz, 2012).

Disposición al aprendizaje: Este concepto hace referencia a la actitud que tiene la persona para adquirir nuevos conocimientos y competencias, y está relacionado con los hábitos, el estilo de aprendizaje, la motivación o las características tanto conductuales como cognitivas de la persona (Barrios et al., 2012).

Situación laboral previa: Experiencias previas de la persona en un empleo, en unas prácticas, un voluntariado, etc. antes de acudir a la entidad para ser atendida. Este factor está vinculado a las expectativas, la motivación, los conocimientos, la confianza o los logros conseguidos con anterioridad (Barrios et al., 2012).

Expectativas ajustadas y objetivos claros: Es vital que las expectativas estén en consonancia con los objetivos reales que la persona tiene, ya que unas expectativas demasiado altas que no estén adaptadas a la funcionalidad de la persona pueden llevar a sentimientos de frustración, desesperanza o fracaso. Por ello, las expectativas y los objetivos laborales deben estar ajustados a la realidad (Barrios et al., 2012).

Apoyo de la red de profesionales: El apoyo ayuda a contrarrestar las dificultades y los obstáculos a los que se enfrentan las personas con problemas de salud mental, un seguimiento periódico en diferentes ámbitos (Sanitario, social, laboral, etc.) facilita la inclusión social y la estabilidad del TM (Barrios et al., 2012).

Apoyo familiar y social: La red de apoyo, emocional y funcional es fundamental en la atención a las personas con TM ya que la familia puede suponer una fuente de apoyo incondicional, capaz de aportar seguridad y estabilidad. Además, el apoyo social reduce las consecuencias negativas que puede conllevar el problema de salud mental, disminuye las recaídas, beneficia la integración social y promueve el bienestar (Ardila, 2009; Marrero y Carballeira, 2010).

Inclusión en el entorno: La inclusión implica la socialización y la participación activa de la persona en la sociedad con un sentimiento de pertenencia a ciertos grupos sociales. Del mismo modo, es una forma de dar respuesta a la diversidad y a las diferencias individuales con el fin de enriquecer a la sociedad (Barrios et al, 2012). Además, puede favorecer o limitar de manera significativa el funcionamiento de la persona y está relacionada con la cultura, la educación, las normas o las relaciones sociales (Muntadas, 2014).

Gestión de las emociones: La inteligencia emocional es capacidad de percibir, identificar, comprender y regular las emociones (Gómez y Calleja, 2017). Por consiguiente, la gestión emocional es el proceso a través del cual las personas son capaces de modular sus emociones de forma que pueda adaptarse al contexto y a las situaciones vividas, promoviendo un bienestar y repercutiendo en las relaciones sociales (Salguero et al, 2011).

Compromiso con los acuerdos: El establecimiento y el mantenimiento de hábitos saludables y rutinas diarias son factores que influyen en el transcurso del problema de salud mental (Hernández, 2013). Es importante que la persona aprenda a mantener ciertas rutinas que le permitan conseguir una estabilidad, siendo capaz de añadir una nueva actividad en su día a día sin perder el equilibrio personal (Barrios et al, 2012).

Autonomía: La autonomía es la habilidad para pensar y actuar de forma independiente, además de la capacidad para identificar, afrontar y resolver cualquier situación con los recursos que posee (Rodríguez, 2005). Es sinónimo de independencia y autodeterminación (Muñoz et al., 2016). Por otro lado, el TM puede producir deterioro de la autonomía que incide en la capacidad para declarar su voluntad y actuar libremente (Mendonça, 2019).

Atención y memoria: La atención es un proceso cognitivo básico y necesario para el procesamiento de la información del entorno, es decir, es la capacidad de captar, seleccionar y generar un nivel de activación óptimo que nos permita orientarnos hacia los estímulos relevantes e ignorar los no relevantes. Este proceso es imprescindible para la realización de tareas y para el aprendizaje, y está influenciado por la motivación y los intereses de la persona (Ríos et al., 2007).

Por otro lado, la memoria es un proceso vital para el desarrollo del ser humano, es la capacidad de registrar, almacenar y recuperar la información. Junto con la atención, es un proceso necesario para la supervivencia y el aprendizaje (Barrios et. al, 2012).

Comunicación: La comunicación es la capacidad para intercambiar información e interactuar mediante lenguaje verbal o no verbal en diferentes contextos de forma funcional, e incluye la escucha activa, la empatía, el respeto, etc. Además, las habilidades de comunicación son un elemento clave para la relación con el entorno, los vínculos sociales e incluso la inserción laboral (Barrios et al., 2012).

En definitiva, estos son los 16 factores de empleabilidad que mediante los datos recogidos a los participantes con problemas de salud mental se procederá a analizar si los poseen o no y cómo afectan a la inserción laboral.

2.4. Servicios de inserción laboral para personas con TM

Como ya se ha mencionado con anterioridad, las personas con problemas de salud mental sufren diversas barreras sociales para acceder y mantener un puesto de trabajo. Sin embargo, existen diversos servicios de apoyo que facilitan su entrada al mercado laboral.

2.4.1. Programas de apoyo o políticas de empleo

El empleo es un factor de integración social, por lo tanto, la intervención a nivel laboral conlleva a la integración social más amplia (Martínez-Rueda et al., 2018). Actualmente, se están llevando a cabo numerosos programas basados en el modelo de atención comunitaria a personas con trastornos mentales. Este modelo se caracteriza por dejar atrás la concepción de “locura” para construir una sociedad libre de estigma, por realizar una atención biopsicosocial a través de equipos multidisciplinarios, por realizar una atención especializada y por dar respuesta a las necesidades de las personas atendidas (Larban, 2010).

Los programas de apoyo social, son un conjunto de acciones dirigidas a personas con trastorno mental para fomentar su inclusión y su participación activa en la comunidad, que cuentan con evidencia empírica. Además, son un complemento de la atención sanitaria, cuyo objetivo es impulsar la autonomía y mejorar la calidad de vida de la persona y de su entorno cercano (FAISEM, 2008). Los más habituales son:

- Residencial
- Laboral
- Ocupacional
- Tutela
- Ocio
- Educación
- Soporte económico

Según FAISEM (2008) los programas laborales y de ocupación pueden utilizarse de forma conjunta para favorecer el itinerario de la persona y disponen de cuatro modalidades:

- Talleres ocupacionales prelaborales para la adquisición de hábitos y técnicas manuales.
- Servicios de orientación y apoyo al empleo (SOAE), llevan el itinerario laboral de la persona, evaluando, guiando y prestando orientación y apoyo en el proceso de inserción.
- Cursos de formación para la adquisición de conocimientos y competencias laborales que permita el desarrollo personal y profesional, mejorando la empleabilidad.
- Empresas sociales, ofrecen empleo a personas con diversidad funcional o personas con grandes dificultades en la inserción laboral.

Los programas de rehabilitación psicosocial permiten la recuperación o el fortalecimiento de las habilidades necesarias para la integración en la comunidad y el acceso al mercado

laboral. También, permite la eliminación de las barreras contextuales (estigma, oportunidades, factores políticos, cultura, etc.) y un apoyo para aceptar la diversidad funcional de la persona. Por tanto, estos programas no se presentan a través de una única sesión aislada, sino que es necesario el mantenimiento de un apoyo flexibilizado que permita a la persona tener una guía y un apoyo en su proceso de integración activa (Martínez-Rueda et al., 2018).

2.4.2. Empleo Protegido y Empleo con Apoyo

Las entidades sociales y las empresas de inserción constituyen un soporte indispensable en la atención de personas con problemas de salud mental. Cabe mencionar las actuaciones de FAISEM, EQUA, o Inserta de Cruz Roja, entre otras muchas. En este apartado se detalla dos acciones realizadas por estas organizaciones dirigidas a facilitar la incorporación de las personas con problemas de salud mental en el mercado laboral.

Empleo Protegido: El empleo protegido es una actividad laboral que se desarrolla en entornos específicos que son protectores, como los Centros Especiales de Empleo (CEE) (FAISEM, 2008). Los CEE son empresas cuya plantilla está compuesta en su mayoría por personas con diversidad funcional y las labores están adaptadas a las limitaciones y las necesidades de las personas trabajadoras (Rodríguez et al., 2004). Además, tienen como objetivos:

- Desarrollar un empleo productivo y remunerado.
- Asegurar la integración de personas con grandes dificultades en el acceso a un empleo normalizado.
- Preparar a la persona para una posible inserción en una empresa ordinaria.

Sin embargo, no existe evidencia sólida que avale que este modelo sea el que más beneficios ofrece a las personas con TM, ya que los empleos suelen ser transitorios y la remuneración salarial está por debajo del sueldo medio de empresas ordinarias (Mascayano et al., 2013). Cabe añadir que en algunas ocasiones las personas trabajadoras conservan el puesto de trabajo por razones sociales a pesar de no realizar actividades productivas (Rodríguez et al., 2004).

Empleo con Apoyo: Según Rodríguez et al. (2004), en la actualidad el modelo que mayor importancia tiene gracias a los resultados positivos que está obteniendo, es el modelo de empleo con apoyo. Esta modalidad de empleo implica la integración de la persona con enfermedad mental en un entorno real con los apoyos personales necesarios. El fin es facilitar a la persona trabajadora su ingreso y mantenimiento del puesto de trabajo, teniendo en cuenta sus deseos y sus aspiraciones. Estos apoyos se brindarán tanto a la persona trabajadora como a la persona

contratante y se llevarán a cabo por un profesional en el ámbito laboral (Hilarión y Koatz, 2012).

Además de la integración y los apoyos, el empleo con apoyo ofrece (Martínez-Rueda, 2018):

- Condiciones laborales e ingresos económicos similares a las de cualquier persona trabajadora.
- Supervisión en el empleo durante la vida laboral.
- Búsqueda activa de candidaturas en el mercado ordinario.
- Experiencia y adquisición de habilidades y competencias laborales.
- Cualificación profesional.

En definitiva, esta modalidad de empleo muestra grandes resultados ya que el apoyo individualizado permite la adaptación a las diferentes circunstancias y diversidad de las personas con problemas de salud mental (Hilarión y Koatz, 2012).

3. Método

Con el fin de conocer cómo los factores de empleabilidad pueden influir en el éxito de la inserción laboral de personas con problemas de salud mental se procede a testarlo empíricamente. Para ello, la metodología del estudio partirá de la base de una entrevista ad hoc (ver anexo 1) y el Cuestionario de Apego Adultos de Melero y Cantero (2008) (ver anexo 2). Se pretende analizar 16 factores de empleabilidad utilizados por diversos estudios de la Obra Social la Caixa, que se encuentran divididos en cuatro dimensiones (ver anexo 3):

En concreto, este estudio se desarrollará en la entidad social EQUA gracias al Programa Incorpora de la Obra Social la Caixa que llevan a cabo. A continuación, se explica con más detalles la finalidad de la entidad social EQUA y el programa Incorpora.

3.1. Asociación EQUA

La Asociación para la Mediación Social, EQUA, es una asociación, flexible y plural que surge en 1997. Trabaja desde hace años con colectivos en riesgo de exclusión social y con territorios especialmente vulnerables, a través de diferentes programas, y prioritariamente en el ámbito de la inserción sociolaboral, destacando itinerarios de inserción con la finalidad de

conseguir la inclusión laboral en el mercado de trabajo ordinario, de tal calidad que cumpla con las expectativas para conseguir una plena integración en la sociedad.

Uno de los programas que lleva a cabo la Asociación EQUA, de manera constante, es el Programa Incorpora de la Obra Social la Caixa, donde atiende a personas con TM.

3.2. Programa Incorpora

El programa Incorpora de la Caixa tiene como objetivo facilitar el acceso al mercado laboral de personas en riesgo de exclusión social, mejorando su empleabilidad, potenciando sus capacidades y apostando por la responsabilidad social.

Para el desarrollo de este programa, en 2006 se firma un convenio que coordina una red de entidades sociales en toda Andalucía, con un equipo de profesionales que trabajan con la persona y la empresa durante todo el proceso de inserción. La metodología del programa cuenta con la certificación del sistema de gestión de calidad conforme a la norma UNE-En-ISO 9001/2008 (Hilarión y Koatz, 2012).

3.3. Participantes

La población objeto de estudio se obtuvo mediante los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Edad: entre 18 y 65 años.
- Tener certificado de discapacidad igual o superior al 33%.
- Padecer un trastorno mental.
- Ser atendido en EQUA.
- Estar en situación de desempleo o mejora laboral.

La muestra se compone de 12 personas que acudieron a la Asociación EQUA, sus edades oscilan entre los 26 y los 52 años de edad, cuya edad media es de 43 años y desviación típica de 7,76. De los 12 participantes 7 son mujeres y 5 son hombres (58,3% y 41,6% respectivamente). Todos los participantes tienen reconocida una discapacidad superior al 33% debida a una enfermedad mental, el porcentaje mínimo es de 34 y el máximo 72, con una media que corresponde a 57,67. Además, todos son de la provincia de Cádiz.

Los TM que más predominan en la muestra son Esquizofrenia y Trastorno Bipolar (ver Gráfico 1) y en menor medida se presenta Trastornos afectivos, Trastorno Obsesivo-

Compulsivo, Trastorno psicótico o depresión crónica. Algunos de los participantes presentan un diagnóstico que incluye la comorbilidad de dos trastornos mentales.

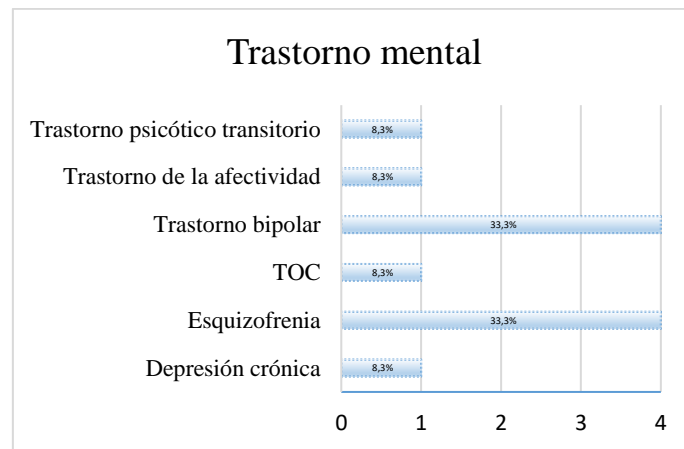


Gráfico 1. Prevalencia trastorno mental.

El nivel de formación de los participantes es mayoritariamente formación profesional superior o bachillerato (25%), el 16,7% tienen estudios secundarios o de formación profesional media y el 8,3% posee estudios universitarios o un nivel de estudios primarios (ver gráfico 2).

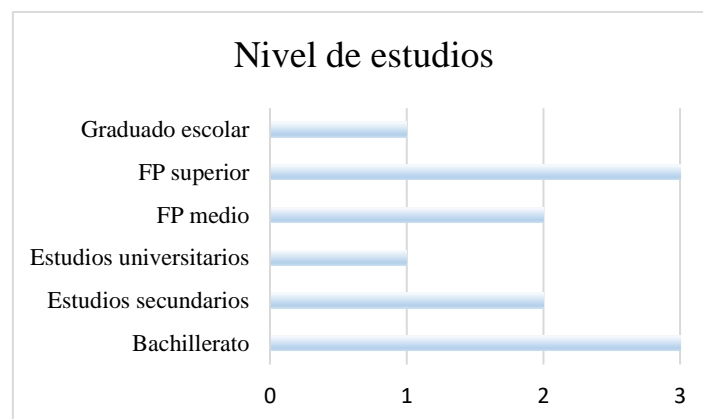


Gráfico 2: Nivel de estudios de la muestra.

3.4. Instrumentos

Se han administrado un total de dos instrumentos de evaluación, una entrevista semiestructurada ad hoc y el Cuestionario de Apego Adulto (CAA, Melero y Cantero, 2008). En este apartado se explican detalladamente cada uno de los instrumentos utilizados para obtener los resultados del presente estudio.

1. Entrevista semiestructurada ad hoc, realizada gracias a la responsable del Programa Incorpora de la Asociación EQUA. Consta de 5 bloques con un total de 26 preguntas:

- Salud.
- Apoyos.
- Situación laboral actual.
- Situación laboral previa.
- Competencias.

A través de esta entrevista, los datos recogidos con anterioridad sobre la enfermedad mental, el curriculum vitae, la experiencia laboral y el cuestionario CAA se elabora un perfil de empleabilidad de la persona.

2. Cuestionario de Apego Adulto, (CAA) consta de cuatro escalas, con un total de 40 ítems, con un sistema de respuesta Likert de 6 puntos según la intensidad (1 = completamente en desacuerdo, 2 = bastante en desacuerdo, 3 = algo en desacuerdo, 4 = algo de acuerdo, 5 = bastante de acuerdo y 6 = completamente de acuerdo).

- La primera escala, *Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo* evalúa la necesidad de aprobación, la dependencia, el autoconcepto negativo, la preocupación por las relaciones y los problemas de inhibición conductual y emocional.
- La segunda escala, *Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad*, determina el resentimiento e ira hacia los demás, la facilidad de enfado, la posesividad y los celos.
- La tercera escala, *Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones*, evalúa la sociabilidad y la facilidad para expresar las emociones.
- La cuarta escala, *Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad*, valora la autonomía y la independencia emocional y personal.

Un estudio realizado por Melero y Cantero (2008), reportó una muestra de 445 adultos con una consistencia interna, evaluada a través del coeficiente de Cronbach, que oscila entre .68 y .86. La primera escala obtuvo un índice de .86, la segunda .80, la tercera escala obtuvo un índice de .77 y la última .68.

3.5. Procedimiento

Para la realización de este estudio en primer lugar, se llegó a un acuerdo con la Asociación EQUA para llevar a cabo la recogida de datos firmando previamente un documento de confidencialidad (ver Anexo 4). Además, se realizó una búsqueda bibliográfica, en español y en inglés, a través de diferentes bases de datos (Dialnet, SciELO, Google Académico, ResearchGate, etc.) con artículos científicos relacionados con la salud mental, el empleo, la empleabilidad, la inclusión social y laboral, y los factores de empleabilidad.

Partiendo de la base de la guía “Acompañamiento a la inserción laboral con perspectiva de salud mental” de la Obra Social La Caixa (Barrios et al., 2012), donde se recogen los 16 factores de empleabilidad (citados en la Tabla 3), se elaboró una entrevista de seguimiento para realizársela a las personas con TM que han acudido a EQUA solicitando atención sociolaboral.

En definitiva, para realizar la recogida de datos, previamente se cita a las personas en la entidad para llevar a cabo la entrevista de seguimiento, pasarle el cuestionario CAA, darle feedback sobre su curriculum vitae, recabar información sobre su situación actual de empleo y aportarle orientación y apoyo sobre la búsqueda activa de empleo u otros servicios de atención (grupos de apoyo, ocio y tiempo libre, taller de competencias transversales, formación profesional, grupos de mujeres para el empoderamiento, etc.).

Una vez registrados todos los datos necesarios en la herramienta Excel para la realización del análisis de las variables objeto de estudio, se lleva a cabo una base de datos utilizando el programa de análisis estadístico SPSS 21.0 y se procede a efectuar los análisis estadísticos pertinentes.

4. Resultados

Para conseguir el objetivo del presente estudio, se comienza estableciendo las puntuaciones de cada uno de los factores en una escala cuyos valores son “Bajo, Medio y Alto”, a los cuales se le asigna una puntuación de 0, 1 y 2, respectivamente. Por lo tanto, la empleabilidad de la persona, se lleva a cabo mediante la suma de las puntuaciones de todos los factores.

Por consiguiente, la puntuación mínima de un solo factor sería de 0 y la máxima de 3. Con respecto a la empleabilidad, la puntuación mínima será de 0 y la máxima de 32, de esta

forma, el nivel de empleabilidad se clasifica en cuatro grupos de la siguiente manera (ver Tabla 4):

Tabla 4.

Clasificación de la empleabilidad

Nivel	Puntuación
Muy bajo	0-7
Bajo	8-15
Medio	16-23
Alto	24-32
<i>Fuente: Elaboración propia</i>	

A continuación, se presenta en la Tabla 5 las puntuaciones directas obtenidas por cada participante en cada factor y la puntuación total del participante.

Tabla 5.

Puntuaciones de cada participante

	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID	ID
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>FACTOR 1</i>	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1
<i>FACTOR 2</i>	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2
<i>FACTOR 3</i>	0	1	0	0	0	0	0	1	2	2	1	1
<i>FACTOR 4</i>	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1
<i>FACTOR 5</i>	2	2	2	0	2	2	2	1	0	2	2	1
<i>FACTOR 6</i>	0	1	2	1	2	1	2	1	2	0	2	1
<i>FACTOR 7</i>	2	1	1	1	2	1	2	0	1	2	2	1
<i>FACTOR 8</i>	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2
<i>FACTOR 9</i>	1	2	1	2	1	0	2	1	1	2	2	2
<i>FACTOR 10</i>	0	2	1	1	1	0	1	0	0	1	2	2
<i>FACTOR 11</i>	1	1	0	0	0	2	0	2	0	1	1	1
<i>FACTOR 12</i>	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
<i>FACTOR 13</i>	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2

<i>FACTOR 14</i>	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2
<i>FACTOR 15</i>	2	0	1	2	2	1	2	2	1	2	0	2
<i>FACTOR 16</i>	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2
TOTAL	20	24	22	20	24	17	23	20	19	23	26	25

Fuente: Elaboración propia

Por consiguiente, según la clasificación de la empleabilidad, los participantes se encontrarían entre una empleabilidad media y una empleabilidad alta (ver Tabla 6), existiendo más candidatos con una empleabilidad media que alta. Todos los participantes están en situación de desempleo excepto un participante que tiene una empleabilidad alta y actualmente está en un CEE.

Tabla 6.

Distribución de los participantes según su empleabilidad

Nivel	ID
Muy bajo	-
Bajo	-
Medio	1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10
Alto	2, 5, 11, 12

Fuente: Elaboración propia

Una vez establecidas las puntuaciones, para obtener una visión general de los factores analizados, se realiza un cálculo de estadísticos descriptivos (media, desviación típica, varianza, puntuaciones mínimas y máximas y suma), donde se observa que la variabilidad y la media de todos los factores son similares (ver Tabla 7).

Tabla 7.

Estadísticos descriptivos de las variables estudiadas

	N	M	DT	Varianza	Mínimo	Máximo	Suma
Factor 1	12	1,33	,492	,242	1	2	16
Factor 2	12	1,50	,522	,273	1	2	18
Factor 3	12	,67	,778	,606	0	2	8
Factor 4	12	1,75	,452	,205	1	2	21

Factor 5	12	1,50	,798	,636	0	2	18
Factor 6	12	1,25	,754	,568	0	2	15
Factor 7	12	1,33	,651	,424	0	2	16
Factor 8	12	1,75	,452	,205	1	2	21
Factor 9	12	1,42	,669	,447	0	2	17
Factor 10	12	,92	,793	,629	0	2	11
Factor 11	12	,75	,754	,629	0	2	9
Factor 12	12	1,92	,289	,083	1	2	23
Factor 13	12	1,50	,522	,273	1	2	18
Factor 14	12	1,67	,492	,242	1	2	20
Factor 15	12	1,42	,793	,629	0	2	17
Factor 16	12	1,17	,389	,152	1	2	14

Nota: N = Muestra; M = Media; DT = Desviación típica

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, podemos considerar como factores más bajos los factores Autoestima y Gestión emocional, y como más altos los factores Motivación, Apoyo de profesionales y Compromiso con los acuerdos. A continuación, se calcula la media de cada uno de los niveles (bajo, medio y alto) de cada factor por separado (ver Tabla 8).

Tabla 8.

Media de los niveles de los factores estudiados

Factor	Nivel	Frecuencia	Media
<i>Factor 1</i>	Bajo	0	0.00
	Medio	8	0.66
	Alto	4	0.33
<i>Factor 2</i>	Bajo	0	0.00
	Medio	6	0.50
	Alto	6	0.50
<i>Factor 3</i>	Bajo	6	0.50
	Medio	4	0.33
	Alto	2	0.16
<i>Factor 4</i>	Bajo	0	0.00

	Medio	3	0.25
	Alto	9	0.75
	Bajo	2	0.16
<i>Factor 5</i>	Medio	2	0.16
	Alto	8	0.66
	Bajo	2	0.16
<i>Factor 6</i>	Medio	5	0.42
	Alto	5	0.42
	Bajo	1	0.083
<i>Factor 7</i>	Medio	6	0.50
	Alto	5	0.42
	Bajo	0	0.00
<i>Factor 8</i>	Medio	3	0.25
	Alto	9	0.75
	Bajo	1	0.083
<i>Factor 9</i>	Medio	5	0.42
	Alto	6	0.50
	Bajo	4	0.33
<i>Factor 10</i>	Medio	5	0.42
	Alto	3	0.25
	Bajo	5	0.42
<i>Factor 11</i>	Medio	5	0.42
	Alto	2	0.15
	Bajo	0	0.00
<i>Factor 12</i>	Medio	1	0.083
	Alto	11	0.92
	Bajo	0	0.00
<i>Factor 13</i>	Medio	6	0.50
	Alto	6	0.50
	Bajo	0	0.00
<i>Factor 14</i>	Medio	4	0.33
	Alto	8	0.66

<i>Factor 15</i>	Bajo	2	0.16
	Medio	3	0.25
	Alto	7	0.58
<i>Factor 16</i>	Bajo	0	0.00
	Medio	10	0.83
	Alto	2	0.16
<i>Fuente: Elaboración propia</i>			

En los factores 1, 2, 4, 8, 12, 13, 14 y 16 la media del nivel Bajo es 0, ya que ninguno de los participantes ha obtenido esa puntuación. Por un lado, los factores 2, 6, 7, 9 obtienen medias muy similares en los niveles Medio y Alto, a excepción del factor 11 que tiene puntuaciones iguales en los niveles Bajo y Medio, el factor 3 que obtiene diferentes medias en los tres niveles y el factor 10 con una media muy similar en los tres niveles. Por otro lado, en los factores 4, 5, 12, 14 y 15, la media es más alta en el nivel Alto que en el resto de niveles. Y, por último, en los factores 1, y 16, el nivel Medio obtiene una media superior a los demás niveles.

Con respecto al sexo de los participantes, se realiza un análisis a través de una t de Student entre la variable Sexo y Empleabilidad. Los resultados obtenidos se pueden ver en la Tabla 9, y muestran que la puntuación media obtenida en empleabilidad con respecto a las mujeres es de 22,57 (DT = 2,820) y para los hombres es de 21 (DT = 2,550). Con lo cual, podemos concluir que no existe una diferenciación significativa entre ambos grupos para un nivel de significación alfa = 0,05 ($p = 0,346$; $p > 0,05$).

Tabla 9.

Diferencias entre las variables Sexo y Empleabilidad por rangos

Sexo	N	Media	Desviación típica	Sig (bilateral)
Mujer	7	22,57	2,820	,346
Hombre	5	21,00	2,550	
Fuente: Elaboración propia				

Posteriormente, se realiza una tabla de contingencia para registrar y analizar la asociación entre estas dos variables (ver Tabla 10). Con respecto a la empleabilidad media,

tanto hombres como mujeres se encuentran representados, pero una empleabilidad alta solo la obtienen las mujeres participantes del estudio.

Tabla 10.

Tabla de contingencia entre Sexo y Empleabilidad por rangos

		Sexo		TOTAL
		Mujer	hombre	
Nivel por rangos	Medio	3	5	8
	Alto	4	0	4
TOTAL		7	5	12
Fuente: Elaboración propia				

Más adelante, se realiza una correlación entre los tres factores más bajos y la variable empleabilidad y los tres factores más altos y la variable empleabilidad. Teniendo en cuenta las puntuaciones más bajas, en primer lugar, la correlación obtenida entre Autoestima y Empleabilidad es de 0,158. Esto significa que tienen una relación positiva muy baja (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Correlaciones entre las variables Autoestima y Empleabilidad

		Autoestima	Empleabilidad
Autoestima	Correlación de Pearson	1	,158
	Sig. (bilateral)	-	,624
	N	12	12
Empleabilidad	Correlación de Pearson	,158	1
	Sig. (bilateral)	,624	-
	N	12	12

Fuente: Elaboración propia

En segundo lugar, la correlación obtenida entre Gestión de emociones y Empleabilidad se refleja en la Tabla 12, y es de -0,233, es decir, una correlación negativa baja.

Tabla 12.*Correlaciones entre las variables Gestión emocional y Empleabilidad*

		Gestión emocional	Empleabilidad
Gestión emocional	Correlación de	1	-,233
	Pearson		
	Sig. (bilateral)	-	,465
	N	12	12
Empleabilidad	Correlación de	-,233	1
	Pearson		
	Sig. (bilateral)	,465	-
	N	12	12
<i>Fuente: Elaboración propia</i>			

En último lugar, la correlación obtenida entre Inclusión en el entorno y Empleabilidad es de 0,884, por lo tanto, existe una correlación positiva alta entre estas dos variables (ver Tabla 13).

Tabla 13.*Correlaciones entre las variables Inclusión en el entorno y Empleabilidad*

		Inclusión en el entorno	Empleabilidad
Inclusión en el entorno	Correlación de	1	,844
	Pearson		
	Sig. (bilateral)	-	,000
	N	12	12
Empleabilidad	Correlación de	,884	1
	Pearson		
	Sig. (bilateral)	,000	-
	N	12	12
<i>Fuente: Elaboración propia</i>			

Por otro lado, teniendo en cuenta las puntuaciones más altas, en primer lugar, la correlación obtenida entre Red de apoyos de profesionales y Empleabilidad es de 0,352. Esto significa que tienen una relación positiva baja (ver Tabla 14).

Tabla 14.

Correlaciones entre las variables Red de apoyos profesionales y Empleabilidad

		Red de apoyos profesionales	Empleabilidad
Red de apoyos profesionales	Correlación de Pearson	1	,352
	Sig. (bilateral)	-	,262
	N	12	12
Empleabilidad	Correlación de Pearson	,352	1
	Sig. (bilateral)	,262	-
	N	12	12
<i>Fuente: Elaboración propia</i>			

En segundo lugar, la correlación obtenida entre Motivación hacia el trabajo y Empleabilidad es de 0,056 (ver Tabla 15). es decir, una correlación positiva muy baja.

Tabla 15.

Correlaciones entre las variables Motivación hacia el trabajo y Empleabilidad

		Motivación	Empleabilidad
Motivación	Correlación de Pearson	1	,056
	Sig. (bilateral)	-	,864
	N	12	12
Empleabilidad	Correlación de Pearson	,056	1
	Sig. (bilateral)	,864	-
	N	12	12
<i>Fuente: Elaboración propia</i>			

En último lugar, la correlación obtenida entre Compromiso con los acuerdos y Empleabilidad es de 0,571, por lo tanto, existe una correlación positiva moderada entre estas dos variables (ver Tabla 16).

Tabla 16.

Correlaciones entre las variables Compromiso con los acuerdos y Empleabilidad

		Compromiso con los acuerdos	Empleabilidad
Compromiso con los acuerdos	Correlación de Pearson	1	,571
	Sig. (bilateral)	-	,053
	N	12	12
Empleabilidad	Correlación de Pearson	,571	1
	Sig. (bilateral)	,053	-
	N	12	12

Fuente: Elaboración propia

5. Discusión

La presente investigación surgió con el objetivo de analizar en una muestra cómo influyen ciertos factores de empleabilidad en el éxito de la inserción laboral de personas con problemas de salud mental. Para ello, de entre 16 factores, se mide cual es el grado que posee cada participante, creando así una escala de empleabilidad.

Este estudio pretende aportar evidencias de que contar con un nivel elevado de estos factores internos influye en la inserción laboral y en el mantenimiento de un puesto de trabajo. Los resultados obtenidos, según el análisis llevado a cabo por Linares et al. (2012) apoyan que los factores internos actúan como un factor de protección que determina la integración de la persona en el mundo laboral.

En referencia a los factores con una puntuación más baja, la Autoestima, la Gestión emocional y la Inclusión en el entorno. La *autoestima* influye en el estado de ánimo ante una situación complicada, es decir, una baja autoestima repercute en la resolución de conflictos, sintiéndose la persona incapaz y poco segura de sí misma para enfrentarse a los problemas. Además, pueden evitar ciertos compromisos ya que tienden a estar inseguros con un estado de

ánimo bajo, y con sentimientos de inferioridad (Panesso y Arango, 2017) lo que afecta negativamente a la búsqueda activa de empleo y a la inserción laboral.

La *gestión emocional* tiene una función adaptativa en el medio y sirve para alcanzar metas personales y sociales, es decir, consiste en una modificación de las emociones experimentadas y una selección de estrategias en función del entorno (Gómez y Calleja, 2017). Por lo tanto, una baja regulación emocional implica problemas en la socialización, baja tolerancia a la frustración, dificultades y entorpecimiento en las situaciones estresantes, impulsividad emocional, suele afectar a la calidad de vida de la persona e incluso incrementar los síntomas del TM.

La *inclusión en el entorno* es un factor complejo que favorece el enriquecimiento de la sociedad y define las posibilidades de adaptación y autonomía (Barrios et al, 2012), y que además afecta a todos los ámbitos de la vida de una persona (familiar, social, cultural, económico, educativo, comunitario, etc.) de forma cambiante, ya que no es un proceso estático (Muntadas, 2014). Los participantes obtienen unas puntuaciones diferentes en los tres niveles. Teniendo en cuenta que el empleo es un precursor de la inclusión social, ya que facilita las relaciones sociales, configura la vida de las personas, creando hábitos y rutinas, organiza el tiempo de la persona, favorece la independencia social y económica, y mejora la satisfacción personal, podríamos concluir que la mayoría de los participantes no forman parte del entorno que les rodea de manera positiva.

En referencia a los factores con una puntuación más alta, la Motivación, el Apoyo de profesionales y el Compromiso con los acuerdos. La *motivación*, media la conducta de la persona en el ámbito laboral, además existe una relación directa entre la motivación y el desempeño, por lo tanto, cuanto más motivada está la persona en su puesto de trabajo más ganas le pondrá en las actividades que tiene que llevar a cabo con lo cual, en este caso, la motivación actúa como un factor de protección para la consecución de la inserción laboral de los participantes (Hilarión y Koatz, 2012).

El *apoyo de profesionales*, guía a la persona hacia una mejor calidad de vida, además aporta herramientas para contrarrestar los problemas que le surjan. Según Barrios et al. (2012) este apoyo profesionalizado facilita la inclusión social y la estabilidad de la enfermedad mental, por lo tanto, podríamos confirmar que los participantes cuentan con este factor interno como elemento protector. Sin embargo, la coordinación entre los diferentes apoyos de profesionales

es escasa. Por ejemplo, la atención en Salud Mental que reciben los participantes del estudio no tiene comunicación con la entidad social que le lleva el itinerario laboral.

El *compromiso con los acuerdos*, junto con la motivación, son factores que influyen directamente en el itinerario laboral. Cuando una persona acude a una entidad para conseguir un empleo, se le aportan ciertas herramientas de búsqueda activa de empleo, y se le ofrece una guía para mejorar su curriculum vitae, sus competencias transversales, su imagen personal, etc. En definitiva, se van proponiendo una serie de acuerdos entre persona-entidad que facilitan la inserción laboral. En este caso, los participantes del estudio mantienen un compromiso con los acuerdos alto, lo cual resulta positivo.

Por otro lado, resulta relevante mencionar que el apoyo familiar y social es un pilar fundamental del bienestar personal, y actúa como una fuente de numerosos beneficios. Sin embargo, según mi experiencia con personas con enfermedad mental, este apoyo familiar se puede tornar en sobreprotección y ser una barrera para la inserción laboral y el crecimiento personal, ya que la sobreprotección tiene un efecto limitante sobre la persona, cerrándole oportunidades laborales por el miedo que siente su red de apoyo, afectando a su autoestima, su independencia y su autonomía, de tal forma que acaben sintiendo cierto miedo y rechazo a las nuevas experiencias, asimismo, generándose una dependencia desadaptativa.

En el proyecto realizado por Hilarión y Koatz (2012), se observó que los factores externos están directamente relacionados con los factores internos. Por lo tanto, no podemos asumir que la empleabilidad de los participantes dependa exclusivamente de ellos, sino que debemos tener en cuenta que la crisis actual, la alta tasa de impuestos, la caída del PIB y las restricciones sanitarias han llevado a un desempleo generalizado de la población, a recortes y cierre de empresas, disminuyendo las oportunidades laborales. Además, en lo que respecta a las personas con TM, todavía se enfrentan a barreras como el estigma, el temor, el desconocimiento y la discriminación, junto con una asistencia sanitaria que no concuerda con la demanda real. A todo esto, habría que añadir, que en Cádiz hay pocas empresas de inserción o CEE que puedan proporcionar oportunidades de empleo y un apoyo personalizado a las personas con problemas de salud mental, tampoco hay entidades especializadas en salud mental que dispongan del Programa Incorpora, y no se produce una coordinación entre los programas de empleo y los servicios de salud mental. Por otro lado, la disponibilidad de transportes en el territorio es un factor relevante en la inserción laboral, ya que gran parte de las personas con

TM, no tienen carnet de conducir o su medicación le impide la conducción y solo disponen del transporte público para desplazarse al lugar de trabajo.

Por todo lo mencionado con anterioridad, es esencial trabajar los factores internos que han sido análisis de estudio en la presente investigación y las competencias transversales, ya que les puede proporcionar a las personas con problemas de salud mental un aumento de la empleabilidad y una mejora de su bienestar. Además, influye de forma significativa en la estabilidad y manejo de los síntomas del trastorno mental. Asimismo, un seguimiento flexible pero continuado en el tiempo puede actuar como una fuente de motivación, para que la persona afronte la búsqueda de empleo y las oportunidades laborales que surjan como una forma de crecimiento personal y aprenda a comportarse de manera resiliente ante las oportunidades fallidas.

Aunque los resultados obtenidos pueden considerarse un comienzo para continuar la línea de investigación, existen algunas limitaciones. En primer lugar, no se puede asegurar la representatividad de la muestra, ya que se compone de un número pequeño de participantes. Sería conveniente, realizar el estudio con un tamaño muestral más grande, de tal forma que se aumentaría la validez externa. En segundo lugar, no existe un grupo control, lo cual influye en la validez interna, la investigación aportaría datos más esclarecedores si se añadiese un grupo de personas con problemas de salud mental desempleadas, otro grupo de personas con problemas de salud mental empleadas y dos grupos controles de personas sin enfermedad mental con empleo y desempleadas. Y en tercer y último lugar, las puntuaciones asignadas a cada uno de los factores son puntuaciones subjetivas, ya que la valoración de la empleabilidad se realiza a través de una entrevista ad hoc que no se trata de una evaluación psicométrica, el curriculum de la persona, la vida laboral, sus comportamientos y actitudes durante la entrevista, su comunicación verbal y no verbal, y el cumplimiento de los acuerdos realizados durante todo el itinerario laboral. Con lo cual, para las personas con TM influye mucho la situación particular por lo que habría que tener en cuenta un índice temporal para evaluar de forma apropiada la empleabilidad. En definitiva, no existen suficientes recursos que permitan la evaluación de la empleabilidad de una persona con problemas de salud mental.

Como propuesta para futuras líneas de investigación, sería interesante estudiar qué factores internos son más relevantes con respecto a la empleabilidad e inserción de las personas con problemas de salud mental y la elaboración de un instrumento de medida de la empleabilidad en este colectivo.

Desde la Dirección de Recursos Humanos, resulta fundamental fomentar en la organización una cultura empresarial basada en la diversidad, en la igualdad y en la responsabilidad social corporativa. Es decir, el departamento de RRHH debe saber cómo integrar a personas de diferente raza, origen, funcionalidad, género, etc. con el fin de generar un valor agregado a la organización y promover y visibilizar la diversidad como una herramienta para atraer el talento. La diversidad empresarial representa la misma realidad que vivimos en el mundo, además el trabajo de los equipos diversos se basa en el respeto mutuo de las diferencias, lo que conlleva que sean grupos muy cohesionados con una buena actitud y con mejores índices de productividad. Por lo tanto, la diversidad es una variable enriquecedora que puede ser parte de una fuente de ventaja competitiva, además de producir una mejora en la sociedad actual.

6. Conclusiones

- Esta investigación necesita una muestra más grande para poder concluir que los factores de empleabilidad estudiados influyen en la consecución y mantenimiento de un empleo.
- La bibliografía muestra que el apoyo sociolaboral a personas con problemas de salud mental es primordial para la consecución de la inclusión real de la persona.
- Un apoyo, que implique un seguimiento flexible pero constante en el tiempo, hacia personas con problemas de salud mental puede ser una fuente de motivación y potenciar la autoconfianza.
- Una de las grandes ventajas de la intervención realizada a las personas participantes es que requiere costes bajos y se obtienen beneficios muy altos.

7. Referencias

- Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1), 114-125.
- Artazcoz, L., & Cortés, I. (2008). Empleo, exclusión social y salud mental.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortés, I. (2005). Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(9), 761-767.
- Barrios, C., Casanueva, N., Coscolla, R., García A., Lara, C., Martínez, M., ... & Sánchez, E. (2012). Acompañamiento a la inserción laboral con perspectiva de salud mental. Fundación "La Caixa".
- Confederación Salud Mental España. (2020). Informe sobre el estado de los Derechos Humanos en salud mental 2019.
- COP. (2018). 1 de cada 3 jóvenes ha sufrido algún trastorno mental en el último año según el Barómetro juvenil de vida y salud. www.infocoponline.es.
http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7497
- COPAO. (2021). La pandemia ha supuesto un importante deterioro de la salud mental en un año. www.infocoponline.es. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=16884&cat=8
- Fábregas, M., Tafur, A., Guillén, A., Bolaños, L., Méndez, J. L., & Fernández de Sevilla, P. (2018). Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan. Confederación Salud Mental España. Madrid.
- FAISEM. (2008). Guía para el Desarrollo de Programas de Empleo con Apoyo para Personas con Trastorno Mental Grave.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Guiadesarrolloprogramasempleoconapoyo.pdf>
- Grove, B., & Membrey, H. (2005). Sheep and goats: New thinking about employability. *New thinking about mental health and employment*, 3-10.
- Hernández, B. (2013). El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con

- trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, (52), 314-325.
- Hilarión, P., & Koatz, D. (2012). Guía para la integración laboral de personas con trastorno mental. Fundación "La Caixa".
- INE (2020), El Empleo de las Personas con Discapacidad. Explotación de la Encuesta de Población Activa y de la Base Estatal de Personas. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jarillo, E., & Guinsberg, E. (2007). Temas y desafíos en salud colectiva. Buenos Aires: Lugar.
- Järvisalo, J., Andersson, B., Boedeker, W., & Houtman, I. (2005). Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability. Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. Kela.
- Lantarón, B. S. (2016). Empleabilidad: análisis del concepto. Revista de Investigación en Educación, 14(1), 67-84.
- Larban, J. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental "Continente y Contenido". Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 205.
- Lehtinen, V. (1984). Unemployment and mental disturbance. Scandinavian journal of work, environment & health, 505-509.
- Linares, L. I., Córdoba, A. I., & Zacarés, J. J. (2012). La medida de la empleabilidad en las empresas de inserción en el País Vasco: de la exclusión a la inserción sociolaboral. Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales, (51), 83-94.
- López, C. M., & Seco, E. (2005). Discapacidad y empleo en España: su visibilidad. Universidad Nacional de Colombia.
- López, M. (2010). El empleo y la recuperación de personas con trastornos mentales graves. La experiencia de Andalucía. Norte Salud Mental, 36(8), 11-23.
- Macaya, X. C., Pihan, R., & Vicente, B. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. Humanidades Médicas, 18(2), 338-355.
- Marrero, R. J., & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. Salud mental, 33(1), 39-46.

- Martínez-Rueda, N., Aróstegui, I., & Galarreta, J. (2018). Factores organizacionales que inciden en la mejora de la empleabilidad de las Empresas de Inserción.
- Mascayano, F., Lips, W., & Moreno, J. M. (2013). Estrategias de inserción laboral en población con discapacidad mental: una revisión. *Salud mental*, 36(2), 159-165.
- Mateos, E., & Mateos, J. (2019). Salud Mental y Salud Laboral. Relaciones. Revisión, diagrama y análisis DAFO para una visión global. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28(2), 159-168.
- Mejía, A., Pastrana, J., & Mejía, J. (2011). XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Melero, R., & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y salud*, 19(1), 83-100.
- Mendonça, S. M. (2019). Dignity and autonomy of patients with mental disorders. *Revista Bioética*, 27(1), 46-52.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017). Encuesta Nacional de Salud España (ENSE). Encuesta Nacional de Salud España.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009–2013.
- Muntadas, T. (2014). El entorno como factor de inclusión. In *Arquitectura y discapacidad intelectual: momentos de coincidencia* (pp. 25-47). Ediciones Universidad de San Jorge.
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2º ed. México D.F: Thomson.
- Panesso, K., & Arango, M. J. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista Electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9.
- Gómez, G., & Calleja, N. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 8(1), 96-117.

- Real Academia Española. (2021). Empleabilidad. En Real Academia Española. <https://dle.rae.es/empleabilidad>
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia, 30(2), 202-211.
- Ríos-Lago, M., Muñoz-Céspedes, J. M., & Paúl-Lapedriza, N. (2007). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. Rev Neurol, 44(5), 291-7.
- Rivas, H. C. P., & Perero, S. G. V. (2018). Motivación laboral. Elemento fundamental en el éxito organizacional. Revista Scientific, 3(7), 177-192.
- Rodríguez, F., Rodríguez, M. N., & García, M. C. (2004). La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. Psiquis, 25(6), 264-281.
- Rodríguez, R. R. O. (2005). El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. Investigación en salud, 7(2), 105-111.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., & Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. European journal of education and psychology, 4(2), 143-152.
- Serrano, A. (2000). El concepto de empleabilidad en la estrategia europea de lucha contra el desempleo: una perspectiva crítica. Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración, (21), 137-150.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2017). 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental. <http://www.sepsiq.org/informacion/noticia/10-de-octubre-dia-mundial-de-la-salud-mental/502>
- Subirats, J., Riba, C., Giménez, L., Obradors, A., Giménez, M., Queralt, D., ... & Rapoport, A. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Barcelona: Fundación La Caixa.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope.

World Health Organization. (2004). Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options (Vol. Summary Report, pp. 21-23). Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). Mental health in the workplace. World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

World Health Organization. (2020). World Mental Health Day: the campaign. World Health Organization. <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/world-mental-health-day-2020/world-mental-health-day-campaign>

8. Anexos

Anexo 1. Entrevista ad hoc



Fecha:

FICHA DE SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA INCORPORA

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:

SALUD:

¿Cómo te encuentras (con respecto a su discapacidad)?

¿Sigues el tratamiento? ¿Has tenido alguna variación?

¿Cada cuánto tiempo acudes a los servicios de salud mental? ¿Quién te atiende? ¿Te sientes a gusto con esa persona?

¿Últimamente has tenido algún episodio activo?

APOYOS:

¿Estás inscrito/a en algún servicio de orientación? ☐ Sí ☐ No

Genograma

Nº personas que conviven

¿Cuándo tienes tiempo libre con quien te relacionas, tienes algún grupo de amigos/as?

¿Qué sueles hacer con tus amigos/as?

¿Y cómo te sientes con ellos/as? ¿Los temas de conversación del grupo son de tu interés?

Apoyo familiar/social:

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL:

¿Cómo te ves para trabajar actualmente?

¿Actualmente, de qué te gustaría trabajar?

1.

2.

3.

¿Tienes claro en qué quieres trabajar?

Cuéntame qué haces para buscar empleo:

- ☐ Buscar en los tablones de empleo (SAE, IFEF, disjob...)
- ☐ Revisar las candidaturas de las ETT
- ☐ Autocandidaturas
- ☐ Red de contactos
- ☐ Buscar en portales de empleo (infojob, jobtoday...)
- ☐ Mejorar tu formación y ampliar tus conocimientos
- ☐ Adecuar tu CV a cada puesto

¿Te gustaría ampliar tu formación?

Jornada laboral preferente:

- ☐ Indiferente ☐ Mañanas ☐ Tardes ☐ Noches
☐ Fines de semana

Proximidad Geográfica:

- ☐ Población en la que vivo ☐ Poblaciones cercanas
☐ Bahía de Cádiz ☐ Toda la provincia
☐ Toda la Comunidad autónoma ☐ Resto de España

¿Alguna vez has pensado que no te han llamado de una oferta de trabajo por tu discapacidad?

SITUACIÓN LABORAL PREVIA:

¿En alguno de los trabajos que has tenido alguna vez te ha surgido un problema, ya sea con la persona responsable, con los compañeros/as o con la empresa? ¿Cómo lo resolviste?

COMPETENCIAS:

Cuéntame que haces desde que te levantas hasta que te acuestas en un día normal:

Y si un día te encuentras mal, ¿Qué haces?

OBSERVACIONES DURANTE LA ENTREVISTA

Anexo 2. Cuestionario Apego Adulto

CAA

(Melero, R. y Cantero, M. J., 2008)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o la forma de comportarte en tus relaciones. Puede que no encuentres la respuesta que defina exactamente lo que sientes, en ese caso marca la respuesta que más se aproxime a tus sentimientos. **LA REACCIÓN INICIAL A CADA UNO DE ESTOS ENUNCIADOS SUELE SER LA RESPUESTA.**

Para responder a las afirmaciones, utiliza la siguiente escala de respuesta.

1	2	3	4	5	6
<i>Completamente en desacuerdo</i>	<i>Bastante en desacuerdo</i>	<i>Algo en desacuerdo.</i>	<i>Algo de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo.</i>	<i>Completamente de acuerdo.</i>

1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6

18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

Anexo 3. Indicadores de poseer los factores

SALUD:

Manejo de la salud mental

Indicadores de manejo de la salud mental	La persona verbaliza que tiene un problema de salud mental.
	La persona conoce cómo funciona su problemática de salud mental y reconoce sus características.
	La persona reconoce sus limitaciones y las consecuencias que el problema de salud mental tiene en su vida diaria.
	La persona sigue el tratamiento en su vertiente médica/farmacológica, psicológica y /o social, si lo precisa en ese momento.
	La persona reconoce los momentos en los que pueda necesitar tratamiento.
	La persona conoce los efectos que tiene en ella la medicación, si es que la necesita.
Indicadores de falta de manejo de la salud mental	La persona atribuye las dificultades o síntomas al entorno (utiliza expresiones del tipo <i>'todo lo que me pasa es culpa de los demás'</i>).
	La persona niega o minimiza cualquier tipo de dificultad en su funcionamiento diario y/o laboral.
	La persona no sabría reconocer ni actuar ante posibles indicios de descompensación o crisis.

Estabilidad en el problema de salud mental

Indicadores de estabilidad en el problema de salud mental	La persona manifiesta un estado de ánimo conservado, sin altos ni bajos (exagerados).
	La persona presenta pensamientos realistas de sí misma y su entorno.
	La persona tiene un comportamiento adecuado a las diferentes situaciones/entornos.
Indicadores de baja estabilidad en el problema de salud mental	La persona pierde hábitos y rutinas que antes tenía consolidados/as.
	La persona presenta verborrea, salta de un tema a otro y/o no mantiene un discurso coherente.
	La persona presenta comportamientos disruptivos, ideas autorreferenciales o autolíticas (<i>ver glosario</i>).

Autoestima

Indicadores de una autoestima ajustada	La persona se ve capaz de hacer frente a los problemas diarios.
	La persona confía en sus capacidades.
	La persona muestra tolerancia a la frustración. <i>(ver glosario)</i>
	La persona siente que participa en su entorno.
	La persona se ve capaz de fijar objetivos propios.
Indicadores de autoestima no ajustada	La persona no se acepta a sí misma, se ve inferior al resto.
	La persona tiene un comportamiento muy influenciado por la crítica, ya sea por falta o total permeabilidad.
	La persona se muestra muy dependiente de los demás.
	La persona tiene pensamientos erróneos o exagerados que hacen que se infravalore.
	Autoestigma: la persona reproduce los prejuicios y la discriminación en sí misma. <i>(ver glosario)</i>

TRABAJO:

Motivación hacia el trabajo

Indicadores de motivación hacia el trabajo	La persona verbaliza o muestra voluntad/ganas de trabajar.
	La persona verbaliza o muestra que quiere autorrealizarse.
	La persona verbaliza o muestra que busca trabajo y que ello es una decisión personal.
	La persona está dispuesta a renunciar a una pensión a cambio de un trabajo que compense.
	La persona ya está realizando acciones para buscar trabajo (tiene el CV actualizado, envía CV, pregunta a la red de contactos, etc.).
	La persona está dispuesta a definir un itinerario de inserción y firmar acuerdos.
Indicadores de falta de motivación hacia el trabajo	La persona expresa muchas dudas sobre si quiere o no trabajar
	Ante las opciones de trabajo, la persona destaca más sus limitaciones, barreras o dificultades.

Disposición al aprendizaje

Indicadores de disposición al aprendizaje	La persona muestra interés y predisposición ante la oferta formativa existente.
	La persona identifica situaciones de aprendizaje donde ha participado activamente.
	La persona muestra voluntad para relacionarse e integrarse en un grupo y trabajar en equipo.
	La persona valora de manera ajustada los retos y oportunidades de nuevos aprendizajes, así como las fortalezas propias para afrontarlos.
Indicadores de falta de disposición al aprendizaje	La persona considera que no merece la pena aprender nada nuevo, porque ello no le ayudará a encontrar trabajo.

Situación laboral previa

Indicadores favorables de situación laboral previa	La persona tiene experiencia laboral y/o ha realizado prácticas.
	La persona tiene adquiridas habilidades y actitudes básicas y transversales que favorecen la inserción laboral.
Indicadores desfavorables de situación laboral previa	La persona tiene experiencias laborales negativas que asocia a su malestar psicológico o trastorno de salud mental.
	La persona ha perdido competencias y habilidades que desarrollaba satisfactoriamente y no cree que haya adquirido otras o expresa dificultades para la reorientación.

Expectativas ajustadas y objetivos claros

Indicadores de expectativas ajustadas	La persona tiene definidos sus objetivos laborales.
	La persona conoce sus puntos fuertes y débiles en relación con las competencias requeridas para lograr sus objetivos.
	La persona tiene las competencias laborales mínimas requeridas en el lugar de trabajo al que aspira.
	Las aspiraciones sobre las condiciones de trabajo son coherentes con el perfil laboral y la realidad del mercado de trabajo.
	Los puestos de trabajo a los que aspira la persona ayudan a lograr los objetivos laborales.
	La persona se considera protagonista de sus cambios.
Indicadores de falta de expectativas ajustadas	La persona desconoce y/o se muestra incoherente con su perfil y objetivo laboral en relación con la situación del mercado laboral.
	La persona atribuye al entorno la <i>culpa</i> de su situación.

APOYOS:

Apoyos de la red de profesionales

Indicadores de apoyo en la red de profesionales	La persona forma parte de uno o más grupos sociales y realiza actividades de forma regular con estos.
	El entorno de la persona es heterogéneo.
	La persona verbaliza que se siente realizada con su participación en el grupo o grupos que configuran su entorno.
Indicadores de falta de apoyo en la red de profesionales	La persona verbaliza que realiza actividades solo con su familia.
	La persona verbaliza que se siente aislada debido a las condiciones de su entorno residencial y/o social (pocos medios de transporte, desvinculación de grupos de pertenencia, etc.).

Apoyo familiar y social

Indicadores de apoyo familiar y social	La persona cuenta con el apoyo de su entorno para compatibilizar el trabajo con sus otras responsabilidades.
	La persona afirma que tiene el apoyo y la motivación de su entorno para desarrollar el proceso de búsqueda de trabajo.
Indicadores de un inadecuado apoyo familiar y social	La persona no dispone de ningún apoyo familiar ni social (no tiene / no quiere / no puede tener apoyo).
	La persona expresa actitudes de su red que demuestran oposición al hecho de que trabaje (miedo a que pierda la prestación, desconfianza en sus capacidades, necesidad de cuidado de otros/as, etc.)
	Exceso de exigencias o presión por parte del entorno de la persona a los servicios o a sí misma (expectativas demasiado elevadas).
	La persona expresa una situación de sobreprotección por parte de su entorno que limita su autonomía.

Inclusión en el entorno

Indicadores de apoyo en la red de profesionales	La persona forma parte de uno o más grupos sociales y realiza actividades de forma regular con estos.
	El entorno de la persona es heterogéneo.
	La persona verbaliza que se siente realizada con su participación en el grupo o grupos que configuran su entorno.
Indicadores de falta de apoyo en la red de profesionales	La persona verbaliza que realiza actividades solo con su familia.
	La persona verbaliza que se siente aislada debido a las condiciones de su entorno residencial y/o social (pocos medios de transporte, desvinculación de grupos de pertenencia, etc.).

COMPETENCIAS:

Gestión de las emociones

Indicadores de gestión emocional ajustada	La persona es consciente de sus estados de ánimo y de sus reacciones emocionales ante diferentes situaciones.
	La persona identifica los motivos o razones que originan estos estados de ánimo y reacciones.
	La persona despliega estrategias para convertir una posible reacción emocional en una actuación razonada.
Indicadores de gestión emocional no ajustada	La persona muestra dificultades para mantener el control de sí misma en situaciones que le provocan fuertes emociones.
	La persona no reconoce sus propios errores ni acepta las críticas y no puede paliar ni reconducir las emociones negativas que le provocan dichas críticas.

Compromiso con los acuerdos

Indicadores de compromiso con los acuerdos	La persona establece y comprende los compromisos que adquiere.
	La persona expresa que asume la responsabilidad de su itinerario laboral.
	La persona realiza de forma activa las tareas y actividades acordadas con el equipo técnico.
	La persona acude a las visitas programadas con puntualidad y en caso de que no pueda asistir, avisa con antelación.
	La persona propone sus propias metas y se apoya en los profesionales para diseñar y desarrollar el itinerario para conseguirlas.
Indicadores de falta de compromiso con los acuerdos	La persona no mantiene los acuerdos/compromisos adquiridos.

Hábitos y rutinas

Indicadores de hábitos y rutinas personales funcionales	La persona presenta una buena higiene personal.
	La persona presenta una imagen personal adecuada a la situación.
	La persona tiene capacidad de organizar su vida diaria.
	La persona se distribuye un tiempo diferenciado entre rutinas, ocio y descanso.
Indicadores de hábitos y rutinas personales disfuncionales	La persona presenta alteraciones en el patrón del sueño (dificultades para dormir por la noche, necesidad de cabezadas durante el día y dificultad para activarse por la mañana).
	La persona presenta conductas de riesgo para su salud (por ejemplo: abuso de sustancias tóxicas o mala alimentación).
	La persona no realiza ninguna actividad estructurada a lo largo de la semana.

Autonomía

Indicadores de autonomía	La persona puede desplazarse sin ayuda de terceros/as (transporte público o privado).
	La persona sigue el tratamiento farmacológico/terapéutico sin necesidad de supervisión.
	La persona se planifica y se organiza.
	La persona toma decisiones y resuelve problemas.
	La persona pide ayuda si la precisa.
	La persona muestra iniciativa: propone, realiza y evalúa por sí misma.
	La persona utiliza estrategias que compensan sus dificultades.
Indicadores de falta de autonomía	La persona necesita un alto nivel de apoyo.
	La persona deposita en los demás la responsabilidad de su propio proyecto.

Atención y memoria

Indicadores de atención y memoria	La persona muestra una actitud de escucha durante el seguimiento.
	La persona puede ordenar la información recibida y elaborar una reflexión (opinión, pregunta, resumen).
	Cuando la actividad requiere un esfuerzo, la persona mantiene la concentración y evita posibles focos de distracción, que pueden ser internos y externos.
	La persona conoce su capacidad de atención y conoce las dificultades que tiene para mantenerla.
	La persona recuerda sus citas, horarios, gestiones y las planifica.
Indicadores de falta de atención y memoria	La persona recoge y retiene la información /contenido fundamental tratado en las entrevistas.
	La persona responde a las preguntas o estímulos con dificultades, es decir, las elude o responde de forma incorrecta.
	La persona muestra una falta de habilidad a la hora de registrar la información que es relevante y la que no lo es.

Comunicación

Indicadores de una comunicación eficaz	La persona tiene la capacidad de explicar algo de manera ordenada y comprensible, tiene claras las ideas clave y sintetiza el mensaje.
	La persona utiliza técnicas que le permiten asegurar que ha comprendido el mensaje (resumir, remarcar, aclarar, preguntar, etc.).
	La persona tiene habilidades sociales básicas para tratar con los demás (saber estar, ser respetuosa, iniciar, mantener, finalizar conversaciones).
Indicadores de una comunicación ineficaz	El lenguaje no verbal empleado por la persona es incoherente con el mensaje verbal y transmite confusión.
	La persona emplea un lenguaje agresivo o que denota indiferencia.

Anexo 4. Cláusula confidencialidad

	ANEXO Q: CLÁUSULA CONFIDENCIALIDAD	Fecha: 01/04/2021 Rev: 01 Página 1 de 3
---	------------------------------------	---


Anexo entre la ASOCIACIÓN EQUA (en adelante la ENTIDAD), con domicilio en AVDA SAN SEVERIANO S/N. C.P.11007, CADIZ, con C.I.F nº G-11413820, y Don/Dña. Jennifer Pérez Ordóñez (en adelante la RESPONSABLE DEL ESTUDIO) con D.N.I. 76443112-J en el que se informa del tratamiento que deberán recibir los datos personales por parte de la ENTIDAD y de la RESPONSABLE DEL ESTUDIO, en el tiempo de trabajo entre las partes arriba indicadas.

1. En cumplimiento de lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO DE 27 DE ABRIL DE 2016 SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y SU CIRCULACION, la ENTIDAD informa que los datos personales suministrados por la RESPONSABLE DEL ESTUDIO serán incluidos en un Registro de Actividades de Tratamiento Automatizado y se utilizarán para finalidades relacionadas con su relación laboral tales como la elaboración de nóminas, gestión de personal, prevención de riesgos laborales y cumplimiento de las obligaciones Fiscales y de la Seguridad Social.
Para tales fines, la ENTIDAD recabará a lo largo de la relación, todos los datos de carácter personal que sean necesarios, incluyendo aquellos que por su naturaleza impliquen un nivel de riesgo en el tratamiento. La RESPONSABLE DEL ESTUDIO consiente expresamente el tratamiento de sus datos personales por la ENTIDAD con las finalidades indicadas.
2. La ENTIDAD en ningún caso será responsable de la licitud, veracidad y exactitud de los datos personales suministrados por la RESPONSABLE DEL ESTUDIO. En el supuesto de producirse modificaciones en los datos de la RESPONSABLE DEL ESTUDIO será responsabilidad exclusiva de éste, la notificación de tales modificaciones a la ENTIDAD.
3. La RESPONSABLE DEL ESTUDIO, durante la vigencia del presente contrato, y con posterioridad al mismo, no difundirá o divulgará a persona alguna ningún secreto comercial y/o empresarial o información relativa al negocio o asuntos de la ENTIDAD, ni información de carácter personal alguna relativa a los demás empleados, clientes o relativa a cualquier otra persona relacionada con la ENTIDAD. Por tanto, deberá guardar secreto profesional en relación a los datos de carácter personal a los que tenga acceso en virtud de su trabajo, obligación que subsistirá incluso después de finalizar sus relaciones con la titular del Registro de Actividades de Tratamiento o, en su caso, con la responsable del mismo. Cuando, por razón del servicio, se hayan de facilitar datos de carácter personal a otras

	ANEXO Q: CLÁUSULA CONFIDENCIALIDAD	Fecha: 01/04/2021 Rev: 01 Página 2 de 3
---	---	---

ENTIDADES de la propia empresa, será necesaria la autorización expresa de la Responsable de Tratamiento para que decida su viabilidad.

4. La RESPONSABLE DEL ESTUDIO debe comunicar, de acuerdo con el procedimiento establecido, todas las incidencias que afecten a la seguridad de los datos de carácter personal al Delegado de Protección y/o al Responsable de Tratamiento. Cada RESPONSABLE DEL ESTUDIO es responsable de la maquinaria, programa y cualquier otro equipamiento del ordenador que tenga asignado, siendo responsable de cualquier defecto resultante de la instalación de programas no autorizados, ilegales o que infecten con virus su PC.
5. Una vez extinguida la relación por cualquier causa y sin necesidad de mediar requerimiento verbal o escrito alguno de la ENTIDAD, la RESPONSABLE DEL ESTUDIO devolverá a la ENTIDAD todos los expedientes, notas, informes, lista de clientes y direcciones, programas informáticos, archivos, cuentas y demás documentos de cualquier clase, secretos comerciales, materiales, así como cualquier documento propiedad de la ENTIDAD que sea considerado como confidencial por ésta.
6. La ENTIDAD informa a la RESPONSABLE DEL ESTUDIO de que en las instalaciones de la entidad existen o pueden existir zonas video-vigiladas, por lo que presta su consentimiento a su aparición en estas grabaciones. Las grabaciones sirven exclusivamente como medidas de prevención o prueba ante robos, incendios u otro tipo de brechas de seguridad, y por tanto es solo para uso de la ENTIDAD. Las grabaciones no se publicarán ni cederán a ningún tercero sin previa autorización de la RESPONSABLE DEL ESTUDIO si este apareciera en las imágenes, excepto cuando sea requerida por administraciones públicas, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y poderes judiciales. La RESPONSABLE DEL ESTUDIO tiene derecho a solicitar visualizar parte de las imágenes que se obtuvieran de ella.
7. La RESPONSABLE DEL ESTUDIO podrá conocer en todo momento los datos personales que obran en los Registros de Actividades de Tratamiento de la ENTIDAD referentes a su persona, ejercitando sus derechos de Acceso, Rectificación y Supresión en la siguiente dirección: AVDA SAN SEVERIANO S/N. C.P.11007, CADIZ.

	ANEXO Q: CLÁUSULA CONFIDENCIALIDAD	Fecha: 01/04/2021 Rev: 01 Página 3 de 3
---	------------------------------------	---

Y para que conste, se extiende este documento por duplicado ejemplar en el lugar y fecha a continuación indicados, firmando las partes interesadas.

En Cádiz, a 11 de enero de 2021



El/la responsable del estudio



El/la representante de la empresa